UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 57

DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE

en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 2 Février 1948

PAR

Jean-Marie MARSAUD

EXTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX
DIPLOMÉ D'HYGIÈNE
CROIX DE GUERRE 1939-1945

Né à SANGUINET (Landes), le 26 Septembre 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*
LOUBAT, professeur.....
MAGENDIE, agrégé..... *Juges.*
LAUMONIER, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1948

MARSAUD (Jean-Marie)

De l'hystérotomie abdominale en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1948. In-8°, 44 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 57.)

MARSAUD (Jean-Marie)

De l'hystérotomie abdominale en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1948. In-8°, 44 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 57.)

MARSAUD (Jean-Marie)

De l'hystérotomie abdominale en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1948. In-8°, 44 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 57.)

MARSAUD (Jean-Marie)

De l'hystérotomie abdominale en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1948. In-8°, 44 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 57.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 57

DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE

en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 2 Février 1948

PAR

Jean-Marie MARSAUD

EXTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX
DIPLOMÉ D'HYGIÈNE
CROIX DE GUERRE 1939-1945

Né à SANGUINET (Landes), le 26 Septembre 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président.*
LOUBAT, professeur.....
MAGENDIE, agrégé..... *Juges.*
LAUMONIER, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. DUPÉRIÉ.
Assesseur ..... M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	PAPIN.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	CHARRIER.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.		

M. PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	N.
Histologie	N.	id.	MAHON.
Physiologie	N.	Ophtalmologie	BESSIÈRES.
Médecine générale	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	SARIC.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	DUBARRY.	Chimie médicale	TAYEAU.
id	J.-F. TRAISSAC.	Physique médicale	REBOUL.
id.	N.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.
id.	N.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N.
id.	MAGENDIE.	Histoire naturelle médicale et parasitologie	N.
id.	POUYANNE.		
id	LAUMONIER.		

Maître de Conférences, Physique pharmaceutique ..... BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Cryptogamie	GIRARD.
Accouchements	N.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Puériculture	PERY.	Bactériologie	MOUREAU.
Zoologie et parasitologie	N.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	TAYEAU.
Ophtalmologie	N.	Parasitologie, biologie appliquée	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	id.	AUMONIER.
Chimie générale	N.	Electro-radiologie	CAILLON.
Botanique	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Chaque acte de sa vie a été pour moi un exemple. Puissé-je être digne de lui.

A MA MÈRE

A laquelle je dois tout ce que je suis. Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR LE BŒUF

Qui fut pour moi un frère et qui guida mes premiers pas dans la carrière médicale.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES ANCIENS CAMARADES DU B. C. R. A.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

Qui nous a si obligeamment accueilli dans son service. Nous lui renouvelons ici toute notre gratitude et notre respectueuse admiration.

AU DOCTEUR DARMAILLACQ

Chirurgien des Hôpitaux

Qui fut pour nous l'instigateur et le guide précieux dans la composition de ce manuel.

Qu'il voit là l'expression de notre profonde amitié.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique

Mon cher Maître,

Vous avez bien voulu nous faire confiance en acceptant la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE

en dehors de la grossesse et de l'inversion utérine

PLAN

TITRE I. — *Préambule.*
TITRE II. — *Définition.*
TITRE III. — *Historique.*
TITRE IV. — *Technique opératoire.*
TITRE V. — *Accidents opératoires.*
TITRE VI. — *Suites opératoires. Résultats.*
TITRE VII. — *Indications* :

a) L'hystérotomie pour polypes fibreux intra-cavitaires ;

b) L'hystérotomie exploratrice.

TITRE VIII. — *Observations.*
TITRE IX. — *Conclusions.*

TITRE PREMIER

PRÉAMBULE

Ce travail est l'expression d'un certain nombre de faits cliniques et opératoires dont la plupart sont inédits.

Parmi les observations déjà publiées et antérieures à la thèse de BOUGENAULT (Lyon 1945), nous n'avons retenu que le petit nombre qui était nécessaire à la clarté de l'exposé.

Trois observations bordelaises, dues à l'obligeance du Docteur DARMAILLACQ, ont constitué le point de départ de ce travail.

C'eut été peu, si M. le Professeur COTTE, avec la libéralité du Maître éminent de la gynécologie, ne nous avait permis de puiser dans les registres de sa clinique.

Les événements de décembre 1947 nous ont obligé à écourter la visite que nous avons faite dans son service.

Qu'il veuille bien nous pardonner si ses observations paraissent ici sous une forme dont la brièveté n'altérera pas, nous l'espérons, la signification.

Nous lui conservons une gratitude émue pour sa bienveillance sans exclusive.

TITRE II

DÉFINITION

L'hystérotomie est l'ouverture chirurgicale de la cavité utérine suivie de fermeture, ce qui la distingue de la myomectomie.

Elle peut être accidentelle — c'est celle qui est pratiquée involontairement au cours de certaines myomectomies profondes — ou de propos délibéré.

L'hystérotomie peut se pratiquer soit par voie abdominale, soit par voie vaginale, chez une femme enceinte ou en dehors de la grossesse.

Nous ne retiendrons ici que l'hystérotomie abdominale de propos délibéré, en dehors de toute gravidité. Nous laisserons également de côté l'hystérotomie pour inversion utérine.

TITRE III

HISTORIQUE

Il semble que le terme d'hystérotomie abdominale en dehors de la grossesse ait été proposé pour la première fois au sujet du traitement de l'inversion utérine par GAILLARD-THOMAS en 1872 ; les premières hystérotomies auraient été réalisées par EVERKE et HAULTAIN respectivement en 1899 et 1908, toujours comme traitement de l'inversion utérine.

Par la suite, SCHMID propose, en 1929, l'hystérotomie pour la recherche et le diagnostic précoce du chorio-épithéliome :

« En cas de probabilité de tumeur maligne commençant à évoluer dans l'utérus, il faut procéder le plus vite possible à une hystérotomie abdominale afin de tâter de l'intérieur la paroi utérine et de se rendre compte de visu de son état. De la sorte, on évite les conséquences toujours funestes en pareil cas d'un curettage explorateur qui, en faisant pénétrer des fragments de tumeur dans la circulation, essaimera les germes néoplasiques en provoquant des métastases à marche extrêmement rapide. »

En France, BONNEAU publie, en 1932, l'observation d'une hystérotomie pratiquée à la suite d'une perforation utérine : il s'agit d'une laminaire brisée dans l'utérus et qu'on ne peut retirer par voie vaginale. Les manœuvres d'extraction amènent même une perforation utérine.

L'hystérotomie pratiquée prouve qu'il ne reste plus de fragments et fournit en même temps l'occasion d'enlever un petit myome sous-muqueux.

En 1935, SAUVE fait une hystérotomie abdominale exploratrice parce qu'il hésitait entre fibrome et grossesse.

C'est le cas d'une femme de moins de 30 ans qui a des métrorragies depuis deux ans. Le toucher montre un col fermé, un utérus de consistance fibromateuse, du volume d'un poing. A gauche, on trouve une masse annexielle volumineuse. Le doigt ramène des pertes sanguinolentes. Pendant huit jours, on observe des pertes rouges et peu abondantes.

On pratique une laparotomie : on trouve un utérus qui semble gravide, mais de consistance ferme.

Sauve hésite, puis incise couche par couche avec prudence : il arrive à l'œuf et referme.

Les suites furent simples.

En 1936, Mocquot publie le cas d'un polype intra-cavitaire utérin enlevé par hystérotomie abdominale.

Cette observation a fait l'objet de la thèse de Coulombeix en 1937. Celui-ci conclut que l'hystérotomie est une opération plus bénigne qu'on ne le croit généralement et qui offre l'avantage essentiel d'être conservatrice.

Là où autrefois on employait systématiquement l'hystérectomie, l'hystérotomie, dans un cadre précis d'indications, apporte l'énorme avantage chez la femme jeune de permettre la grossesse et de ne pas apporter une ménopause précoce.

Depuis 1938, le Professeur Cotte a utilisé en grand cette technique dans son service. Il en a publié les excellents résultats en 1943.

TITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° *Préparation de la malade et anesthésie.*

C'est la préparation de toute malade qui doit subir une opération gynécologique. Elle n'offre rien de spécial, si ce n'est que l'intervention doit avoir lieu loin des règles.

Les méthodes anesthésiques ne diffèrent en rien de celles employées pour les laparotomies gynécologiques en général et nous n'insistons pas sur les précautions spéciales à observer chez des malades qui ont saigné parfois abondamment.

2° *Incision de la paroi.*

Laparotomie médiane sous-ombilicale ou incision de Pfanenstiell selon les habitudes et les préférences de chacun.

3° *Protection de la cavité péritonéale.*

Cette protection doit être particulièrement soignée. Les anses intestinales ne doivent pas venir au contact de l'utérus.

4° *Préhension de l'utérus.*

Il ne faut pas employer ici de pinces de Museux ; d'autre part, le fond utérin doit être libre. Mocquot recommande de maintenir l'utérus par deux anses de catgut passées sous chaque ligament rond.

5° *Siège de l'incision utérine.*

Incision verticale médiane empiétant davantage sur la face antérieure (Cotte) ou redescendant à la face postérieure (incision en fer à cheval de Chalier).

Le choix de l'incision sera subordonné à l'indication pour laquelle l'hystérotomie est pratiquée. Elle empiètera ainsi plus ou moins sur l'une des faces de l'utérus.

Après une intervention sur les annexes, le Professeur Cotte fait souvent une hystérotomie transversale qui est, en quelque sorte, le prolongement de la salpingectomie.

6° *Matériel employé pour l'incision.*

Bistouri ordinaire ou bistouri électrique. L'usage du bistouri électrique paraît être d'un grand intérêt. Il semble bien que la tranche saigne moins avec le bistouri électrique.

D'autre part, cet instrument permet un clivage plus facile des tumeurs intra-utérines (observ. n° I). La tumeur s'est énucléée pour ainsi dire d'elle-même.

On pourrait théoriquement reprocher à la haute fréquence de déterminer une escarre sur la ligne d'incision avec une cicatrisation plus lente, mais cet inconvénient n'apparaît pas dans les observations.

7° *Incision du péritoine.*

Cette incision de l'utérus peut être faite complètement d'emblée ou bien précédée d'un décollement du péritoine auquel le Professeur Cotte attache une grosse importance :

« On décolle le péritoine au niveau des deux lèvres de l'incision sur toute sa longueur et sur une largeur d'environ 1 /2 cm. ou 2 cm. C'est le temps le plus important. Le bistouri est tenu de la main droite, une pince à dents de souris de la main gauche.

» Le travail de l'aide consiste à fixer le myomètre près du point de décollement par le bistouri.

» Celui-ci doit agir dans une direction tangente à l'utérus pour trouver un plan de clivage entre la séreuse et le muscle utérin, de manière à ce qu'il y ait le moins de fibres musculaires possibles séparées avec la séreuse.

» Il est bien certain qu'on ne peut pratiquer un décollement purement séreux, mais il ne faut pas que la couche musculaire décollée avec la séreuse ait une épaisseur supérieure à 2 ou 3 mm. » (Thèse de Bougenault.)

Ce décollement péritonéal préalable sera des plus utiles au moment de la fermeture.

8° *Suture utérine.*

Il importe avant tout dans cette suture de ne pas perforer la muqueuse, ce qui serait une voie d'infection de la tranche.

Il faut rapprocher le myomètre d'une façon serrée en employant du gros catgut et compléter la suture par des points d'affrontement rapprochant les surfaces péritonéales.

Grâce au décollement péritonéal préalable, Cotte termine par un plan séro-séreux.

Pour la suture du myomètre, le Docteur Darmaillacq, dans ses observations, s'est trouvé bien du procédé de Sarnoff.

Ce point qui est plus facile à représenter schématiquement qu'à décrire, s'exécute de la façon suivante :

L'aiguille pique à un centimètre en dehors de la tranche, charge le myomètre aussi profondément que possible en respectant la muqueuse et ressort de l'autre côté en un point symétrique du premier.

L'aiguille charge ensuite la partie superficielle en piquant à mi-distance entre le premier point de pénétration et la lèvre de la tranche.

Elle ressort en dedans de son premier point de sortie et ramène le catgut qui est noué latéralement.

Ceci peut être exécuté par points séparés ou par surjet.

Les avantages sont évidents, car on supprime les espaces morts et on accole très étroitement toute l'épaisseur de la tranche, en réalisant ainsi une hémostase excellente.

Ce procédé est incompatible avec le décollement péritonéal préalable à la Cotte, mais il n'exclut pas l'utilisation des points séparés de renforcement au niveau de la séreuse utérine.

Le Professeur Cotte complète la péritonisation en ramenant la vessie sur l'utérus (Pestallozza).

9° *Drainage.*

Le drainage est indispensable lorsqu'il persiste un suintement au niveau de la tranche de suture.

TITRE V

ACCIDENTS OPÉRATOIRES

Comme accidents opératoires, on s'attendrait à des hémorragies. Mocquot, dans son observation, insiste sur les difficultés d'hémostase qu'il a rencontrées, mais ce qui a saigné, c'était le pédicule du myome et non la paroi utérine ; et il est un fait, c'est que dans toutes les observations que nous rapportons, l'hystérotomie proprement dite n'a donné lieu à aucune hémorragie importante.

TITRE VI

SUITES OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

Au cours des suites opératoires, on observe un petit saignement par les voies naturelles pendant quelques jours qui ne doit pas surprendre et ne constitue pas une complication.

Dans la série d'observations que nous rapportons ici, on ne trouve pas de complications post-opératoires sérieuses, pas de suppurations pariétales importantes, pas d'hémorragie post-opératoire, ni de phlébite.

Bougenault, dans sa thèse, rapportant trente et une observations, ne cite qu'un cas de phlébite post-opératoire et une septicémie mortelle — cette dernière malade avait été opérée en période fébrile.

Avenir obstétrical des malades hystérotomisées

C'est là une des inconnues du problème qui doit être scindée en deux parties :

— Tout d'abord, des possibilités de grossesse après hystérotomie ;

— D'autre part, de la qualité de la cicatrice utérine.

Nous sommes assez mal armés pour répondre à ces deux questions.

A notre connaissance, la seule observation qui fasse mention d'une grossesse après hystérotomie est celle de Chalier (Société de Chirurgie de Lyon, 1943).

Il est donc prouvé que la grossesse est possible après hystérotomie. Cet état de choses est tout à fait identique

à ce qui se passe après des myomectomies au cours desquelles la cavité utérine a été ouverte.

Quant à la valeur de la cicatrice utérine, nous ne sommes pas fixés. Il serait inexact de comparer l'incision de l'utérus non gravide avec la césarienne. Au cours de la grossesse, le muscle utérin est distendu mais revient intensément sur lui-même une fois la cavité évacuée, ce qui est une circonstance adjuvante à la cicatrisation.

Il n'en est pas de même pour une matrice incisée en dehors de la gravidité, mais on ne conçoit guère comment une incision limitée portant sur la partie supéro-antérieure pourrait donner lieu à une rupture lors d'une grossesse.

TITRE VII

INDICATIONS

Il va de soi que l'hystérotomie abdominale ne saurait être pratiquée que si l'on a toutes les certitudes possibles sur l'absence d'une grossesse.

Cette restriction majeure étant affirmée dès le début, nous n'en reparlerons plus pour éviter les redites.

Jusqu'à ces dernières années, l'hystérotomie abdominale était une rareté dont l'indication était exceptionnelle. Tel le cas de Bonneau qui fait, en 1932, une taille utérine pour enlever une tige de laminaire, inextirpable par les voies naturelles et perforant l'utérus.

L'hystérotomie était prohibée parce que l'on craignait l'hémorragie, on pensait que la cavité utérine était un milieu fatalement septique, source de contamination péritonéale, et si l'on ne faisait que peu de myomectomies et avec de grandes appréhensions, c'était justement en raison de complications éventuelles, hémorragiques et infectieuses.

Le Professeur Cotte a fait justice de ces préjugés ; il a montré qu'avec une bonne technique, l'hémorragie n'est pas insurmontable, et qu'en dehors des métro-annexites ou des endométrites, la cavité utérine est aseptique.

L'hystérotomie est donc une opération qu'il est loisible de faire.

Quelle est son utilité? Quelle place doit-elle tenir dans la gamme des interventions gynécologiques conservatrices?

C'est là le point plus ou moins critique du problème, suivant qu'on l'aborde avec l'esprit radical de la vieille gynécologie opératoire ou avec la mentalité conservatrice actuelle.

En essayant de classer nos dix-neuf observations, nous voyons qu'elles s'ordonnent naturellement en deux catégories :

1° Les cas pour lesquels la taille utérine était prévue et souhaitable, pour lesquels l'intervention a été faite de propos délibéré. Seul le diagnostic de polype fibreux intra-cavitaire l'impose d'une façon indiscutable dans certaines conditions où la nécessité de conservation est impérieuse.

2° Des observations où l'hystérotomie n'était pas prévue, mais rendue nécessaire par les circonstances cliniques. Il s'agit d'hystérotomies exploratrices.

L'hystérotomie pour polypes fibreux intracavitaires

L'observation n° I résume mieux que tous les commentaires l'indication de l'hystérotomie pour tumeur bénigne intracavitaire.

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui est sur le point de se marier et que des métrorragies profuses ont amenée à un état d'anémie aiguë.

Il est impossible d'agir par les voies naturelles, l'hystérectomie ou les agents physiques enlèvent toute possibilité de maternité ultérieure.

L'hystérotomie est irremplaçable en pareil cas : c'est même la seule circonstance — quasi exceptionnelle il est vrai — où cette intervention puisse être admise sans discussion par les adversaires de la méthode.

Quand il s'agit de femmes plus âgées, déjà mères, les solutions mutilantes peuvent être pesées et acceptées.

En fait, l'indication principale de l'hystérotomie abdominale est venue d'une meilleure connaissance des polypes intra-cavitaires de l'utérus dont le diagnostic ferme a été rendu possible par l'hystérosalpingographie.

Comme y a insisté le Professeur Mocquot, les procédés classiques d'exploration intra-utérines : toucher intra-utérin après dilatation, curettage explorateur, etc..., sont insuffisants. L'hystérographie au lipiodol réalisant une « imprégnation » de la cavité, permet de préciser le siège, le volume et dans

une certaine mesure la nature de la tumeur intra-cavitaire, source des hémorragies qui ont amené la malade à consulter.

Dans ces conditions, si la malade est jeune, si l'on ne peut aborder la tumeur par les voies naturelles, si le lipiodol montre que le pédicule est largement implanté sur la paroi, l'hystérotomie est l'opération de choix.

Il y a cependant une contre-indication majeure, c'est l'existence de phénomènes infectieux faisant prévoir un sphacèle de la tumeur. Nous n'insistons pas sur les difficultés de la tactique en pareil cas.

L'hystérotomie exploratrice

Dans quatorze observations, la taille utérine a été une intervention exploratrice.

On a ouvert l'utérus parce qu'il était gros et que les circonstances cliniques obligeaient à préciser la nature de son contenu.

1° *Hystérotomies exploratrices pour recherche d'un myome intra-cavitaire.*

(Observ. nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.)

Six fois l'hystérotomie constitue la seule opération (observ. nos 7, 14, 15, 16, 17, 18).

Deux fois elle est faite de propos délibéré au cours d'une myomectomie (observ. nos 8 et 11).

Dans trois cas, l'hystérotomie a été suivie immédiatement d'hystérectomie sus-isthmique avec conservation des annexes (observ. nos 9, 10 et 19).

Nous devons en conclure que l'ouverture de la cavité utérine ne doit pas être évitée à tout prix au cours d'une myomectomie comme on le croyait autrefois, mais qu'il faut la faire de propos délibéré de peur d'oublier un myome sous-muqueux lorsqu'un utérus débarrassé de ses fibromes reste augmenté de volume.

La palpation à travers les brèches de myomectomie est difficile et trompeuse, l'ouverture de la cavité lève tous les doutes.

L'observation de Chalier et Convert à la Société de Chirurgie de Lyon et les commentaires qu'elle a suscités, justifient pleinement cette façon de voir.

Une femme de 45 ans subit une myomectomie pour trois myomes. Cependant les règles restent très abondantes. Des hémorragies violentes se reproduisent peu après et Chalier doit faire une hystérectomie qui montre un gros polype fibreux en battant de cloche.

Nous ne saurions prendre parti dans le débat qui oppose les partisans de plus en plus nombreux de la chirurgie conservatrice des fibromes à ceux de l'opération radicale.

Notons simplement ce fait : le diagnostic de fibrome intracavitaire associé à des fibromes intramuraux ou sous-péritonéaux est difficile, même quand ces derniers ont été enlevés ; devant le risque de laisser un myome sous-muqueux, ce qui enlève sa raison d'être à l'intervention conservatrice, l'hystérotomie est un geste simple qui n'aggrave pas le pronostic et permet un choix définitif.

2° *Hystérotomies après interventions annexielles.*

Le Professeur Cotte (observ. nos 12 et 13) fait souvent une hystérotomie transversale de vérification après salpingectomie unilatérale.

Dans l'observation n° 6, il a été fait une hystérotomie médiane sur un utérus hyperplasié après libération d'adhérences et salpingotomie pour stérilité attribuée à une vieille annexite.

3° *Hystérotomies exploratrices pour gros utérus saignants non fibromateux.*

L'imprécision même du titre sous lequel nous avons classé nos dernières observations fait prévoir que l'on a affaire à des cas difficiles à étiqueter.

Il s'agit de femmes laparotomisées pour de gros utérus, de la dysménorrhée et des ménorragies.

L'hystérotomie permet de trouver deux fois des débris placentaires, les uns histologiques, les autres évidents à première vue.

Dans deux autres cas, le Professeur Cotte fait une biopsie de l'endomètre après hystérotomie.

Dans l'observation nº 7, MM. Darmaillacq et Duvergey intervenant pour un syndrome douloureux abdominal mal défini chez une femme qui a des ménométrorragies, trouvent une hémorragie intrapéritonéale non gravidique et font l'hystérotomie exploratrice d'un utérus hyperplasié et qui reste négative.

Il est regrettable qu'une biopsie de l'endomètre n'ait pas été faite, car il serait souhaitable qu'en pareil cas l'aspect histologique de la muqueuse utérine puisse être comparé à celui de l'ovaire.

TITRE VIII

OBSERVATIONS

A) HYSTÉROTOMIES ABDOMINALES POUR POLYPES INTRA-UTÉRINS

Observation I

Docteurs Rosset et Darmaillacq, présentée à la Société de gynécologie et obstétrique de Bordeaux, novembre 1947.

Mlle D..., 19 ans, est adressée à l'un de nous par son médecin pour ménométrorragies persistantes depuis un an malgré les traitements suivis.

Tous les traitements hormonaux classiques (Stérandryl, Lytogyl) et les hémostatiques avaient été essayés sans résultat.

Un chirurgien aurait pratiqué vainement une défloration et un curettage sous anesthésie générale.

L'examen de sang avait montré qu'il ne s'agissait pas d'une hémogénie.

Dans les antécédents personnels, on relève une scarlatine et les oreillons.

Les premières règles sont apparues à 13 ans, régulières, durant cinq à six jours, d'abondance normale, non douloureuses.

L'examen gynécologique montre un utérus de volume normal, mais une légère annexite bilatérale.

Nous pensons qu'un traitement physiothérapique (ondes courtes vaginales) pourrait, en agissant sur les ovaires, amener une amélioration.

De plus, l'interrogatoire et l'examen révélant semble-t-il, une hypofolliculinémie, nous conseillons des piqûres d'œstradiol.

Le traitement diathermique est commencé le 11 octobre. Le 18 apparaissent les règles qui durent jusqu'au 4 novembre. Le traitement est repris à raison de trois séances par semaine et paraît donner un résultat : pour la première fois depuis longtemps, les règles suivantes ne surviennent que le 6 décembre, un mois après les précédentes.

Mais la ménorragie s'installe à nouveau et le 7 janvier nous sommes appelés auprès de la malade qui se trouve en état d'anémie aiguë nécessitant une transfusion.

Nous sommes peu satisfaits d'un examen gynécologique ne donnant aucune indication de lésion ou de malformation. Malgré le curettage utérin déja fait, et avant de recourir à la radiothérapie ou à une intervention aveugle, nous pensons qu'il serait bon d'explorer la cavité utérine et nous proposons une hystérographie dès que la malade pourra venir en clinique à Bordeaux.

Le 22 janvier 1947 : hystérographie lipiodolée. La cavité utérine est très agrandie. Dans la corne gauche apparaît une image lacunaire, arrondie, du volume d'une petite mandarine, largement enchâtonnée dans le muscle utérin et faisant corps avec lui. Seule la trompe droite s'injecte parfaitement.

Etant donné le jeune âge de la malade, qui est d'ailleurs fiancée, une intervention conservatrice s'impose. On ne peut songer à enlever par les voies naturelles une tumeur aussi largement implantée sur la paroi utérine. Il faut donc employer la voie abdominale.

Le 27 janvier 1947 : anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. L'utérus est accroché par deux gros catguts passant sous chaque ligament rond. Au bistouri électrique, section médiane verticale de l'utérus. On arrive à énucléer avec une grande facilité la tumeur fibreuse dont la configuration correspond exactement à l'image de la radio.

Suture de l'utérus au catgut n° 2 par des points croisés de façon que le même fil charge d'abord la partie profonde, ensuite la partie superficielle de la tranche, ce qui réalise un affrontement extrêmement serré. Cet affrontement est complété superficiellement par une série de points au catgut fin. L'ovaire gauche, volumineux et kystique, est réséqué en partie. Drain abdominal. Pénicilline. Suites opératoires excellentes.

Examen histologique (Professeur Dubreuil).

« L'ovaire est volumineux, décrit comme kystique, mais le kyste a été ouvert et toute une partie de l'organe est recroquevillé, ce qui gêne une topographie exacte.

» On note une sclérose superficielle s'étendant à une grande partie de la surface. Dans le parenchyme, il existe une quantité de zones œdémateuses (provenant en partie de la déplétion d'organites).

» Quelques follicules primordiaux et primaires, moins qu'on ne serait en droit d'en trouver à cet âge. Pas de follicules cavitaires. Follicules cavitaires atrésiques, en nombre élevé, la plupart anciens avec membranes d'atrésie et organisation plus ou moins avancée de la cavité.

» Trois follicules kystiques entiers, avec paroi fibreuse et granulose conservée, quoique altérée ; l'un d'eux a une thèque interne en attitude fonctionnelle. Deux follicules en déplétion dans la zone ouverte de l'ovaire qui ont provoqué la formation de profonds sillons de surface.

» Un gros corps progestatif, vide, très déformé, aux parois partiellement collabées. La couche progestative est mince, et à cellules petites, on les dirait imparfaites, l'écorce thécale très diminuée existe encore par places. Grosse zone d'œdème et de délamellation du stroma autour de ce corps.

» Corps fibreux assez anciens, deux, témoins de l'involution du corps progestatif antérieur, gros, fibreux, vasculaires, petit corps et membranes d'atrésie vasculaire.

» Cet ovaire paraît assez actif, au moins au point de vue thécogène, il n'est actif pour la gamétogénèse que de façon très intermittente. Tendance à faire des follicules atrétiques et kystiques plutôt que des follicules évolutifs normaux.

» *Fibrome et muqueuse utérine.* — Le nodule fibromateux (25 mm.) est revêtu d'un simple épithélium qui envoie de rares glandes dans la masse du myome toujours superficielles. En un point la muqueuse est un peu plus épaisse et comporte des glandes couchées en surface du type frangé et au stade secrétoire, en rapport avec la présence d'un corps progestatif ovarien.

» Le nodule est du type myome, avec très peu de tissu fibreux, parcouru par de très nombreuses et larges fentes lymphatiques. Pas de signes de dégénérescence, au contraire, aspect évolutif.

» En surface, l'épithélium est discontinu (peut-être enlevé au cours de l'ouverture de la cavité) ; présence de petits exsudats sanguins qui peuvent être de même origine ou relever d'hémorragies habituelles. »

La malade a eu ses règles le 27 février, elles ont duré quatre jours et par la suite ont continué à être normales en quantité et en durée.

Le 6 mars 1947, une hystérographie de contrôle montre une cavité utérine de volume normal ; la trompe droite s'injecte comme la première fois et la trompe gauche, imperméable auparavant, s'injecte parfaitement.

L'épreuve de Cotte pratiquée le lendemain est positive.

Observation II

M. Mocquot : Société d'obstétrique et gynécologie de Paris (9 novembre 1936)

Une femme de 36 ans vient consulter à l'hôpital Bichat le 10 mars 1936 pour des hémorragies utérines. Depuis six mois ses règles deviennent plus abondantes, plus douloureuses, et durent plus longtemps. Elles se prolongent d'abord pendant huit à dix jours. Elles durent actuellement quinze jours et quelquefois davantage et sont très douloureuses, surtout pendant les trois ou quatre premiers jours.

Dans l'intervalle, il y a quelques pertes blanches, parfois un peu sanguinolentes, et quelques douleurs. Ces ménorragies assez abondantes ont beaucoup affaibli la malade.

Cette jeune femme n'a jamais eu de grossesse, pas de fausse-couche. Elle a été réglée à 17 ans. Ses règles avaient toujours été normales et régulières. L'examen ne révèle aucune particularité notable.

Le col est normal, son orifice n'est pas élargi. Au toucher, le corps utérin paraît un peu gros et un peu dur, surtout dans sa moitié droite. Un examen radiographique après injection de lipiodol dans la cavité utérine fut pratiqué par M. Benassy, interne de service, le 18 mars 1936.

A la scopie, on voit le lipiodol s'engager à gauche et s'étendre peu à peu à droite ; mais il ne remplit pas toute la cavité utérine et dessine une image lacunaire à contours arrondis occupant la partie supérieure et droite de la cavité utérine.

Sur les radiographies, on voit une ombre assez dense qui occupe la partie gauche de l'utérus : elle dessine une courbe à concavité supérieure et droite et s'élargit en haut ; puis, à droite se dessine une autre ombre, parallèle, légère en bas, plus opaque en haut, où elle semble correspondre au fond de l'utérus.

Au maximum de remplissage, les deux ombres se rejoignent, mais tandis que le bord gauche et le fond de la cavité utérine agrandie sont bien indiqués par des lignes nettes, à droite l'ombre se termine en dégradé par deux courbes concaves.

Le lipiodol est passé dans la trompe droite. Sur cette image radiologique nous portons le diagnostic de polype intra-utérin.

Nous rejetons l'intervention par voie vaginale parce que le col n'est nullement dilaté, l'opération sera certainement difficile, et que d'autre part, l'exploration indispensable sera impossible. On pouvait en effet se demander s'il ne s'agissait pas d'un petit myome sous-muqueux.

Nous préférons intervenir par une laparotomie qui permettrait de pratiquer dans de meilleures conditions, soit une myomectomie, soit une extirpation du polype après hystérotomie.

Intervention pratiquée le 20 mars 1936.

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est un peu gros, libre d'adhérences ; les annexes sont saines. A la palpation, l'utérus est un peu mou, mais l'on perçoit nettement dans l'intérieur une tumeur arrondie et mobile.

On pratique alors sur la face antérieure au bistouri électrique une incision verticale et médiane : l'hémorragie n'est pas bien considérable ; on passe des fils dans la paroi pour écarter la plaie et faire l'hémostase ; puis on ouvre la cavité utérine et par l'incision on fait saillir aussitôt un polype ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon. On reconnaît le pédicule situé à la partie supérieure et épais de 8 à 10 mm. et on le coupe. A ce moment se produit une hémorragie assez abondante que la coagulation n'arrête pas. On la maîtrise en passant deux points de catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine.

L'incision de l'utérus est alors suturée par des points séparés de catgut prenant toute l'épaisseur, sauf la muqueuse. Quelques points superficiels sur le péritoine. Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été très simples : le deuxième jour est apparue une perte de sang ayant le caractère des règles survenues un peu en avance. La perte se prolongea pendant trois jours. Lors de l'ablation des fils, il y eut évacuation d'un petit hématome et désunion localisée qui nécessita un point de suture.

La malade quitta l'hôpital le 10 avril. Elle a été revue le 9 juin en très bon état. Ses règles ont été normales. Aucune perte dans l'intervalle. Aucune douleur.

Une radiographie a été pratiquée ce même jour. La cavité utérine apparaît régulière, un peu étalée dans le sens transversal. L'ombre est homogène, à bords nets, la corne droite est bien dessinée ; la corne gauche un peu élargie. Un peu de lipiodol est passé dans la trompe gauche.

Voici enfin la pièce dont l'examen histologique a été pratiqué : le polype a la forme et les dimensions d'un œuf de pigeon ; sa surface est un peu irrégulière.

Au microscope, il apparaît constitué par une petite masse de myomètre assez sclérosé. Il n'y a plus de trace de muqueuse à sa surface.

Observation III

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Colle.

C'est une femme de 43 ans, réglée à 14 ans, à type 28/5. Elle a eu quatre enfants et pas de fausse-couche.

Il y a six ans, elle a présenté des hémorragies abondantes entre les règles, sans jamais souffrir. Ces hémorragies rétrocèdent temporairement par un traitement d'ovules. Elle a aussi de la leucorrhée.

Depuis deux mois, la malade souffre du bas-ventre, dans la région lombaire — surtout droite — avec irradiation dans le membre inférieur droit. Dysurie.

Au toucher vaginal, on trouve un gros utérus avec un fibrome probable du fond utérin.

Opération le 20 août 1945.

Sur la face antérieure de l'utérus existe un noyau sous-péritonéal du volume d'une petite noix. La palpation de l'utérus ne révèle aucun noyau net, mais cependant, étant donné les pertes abondantes de la malade, on fait une hystérotomie exploratrice qui découvre largement la cavité utérine. Il existe au niveau de la corne utérine gauche un petit polype fibreux qui flotte à l'intérieur de la cavité. Ablation. Nettoyage à la curette sur son point d'implantation. Appendicectomie.

Fermeture totale.

Suites bonnes.

Observation IV

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 38 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Depuis deux ans, a des ménorragies avec de gros caillots. Mariée en 1936. Trois accouchements normaux, pas de fausse couche. Vient consulter pour ses ménorragies.

Intervention le 8 octobre 1945.

Sous rachie-anesthésie : on trouve un utérus légèrement augmenté de volume — on ne perçoit rien à la palpation. L'hystérotomie pratiquée montre un fibrome sous-muqueux largement implanté au niveau du fond utérin, du volume d'une amande.

On l'enlève et on curette son point d'implantation. Suture de l'utérus en deux plans. Pestalozza.

Suites bonnes.

Observation V

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Jeune femme de 26 ans, qui vient à la consultation d'elle-même. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Elle-même est mariée depuis neuf mois. Réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse-couche, et pourtant elle désire un enfant.

Depuis son mariage, elle a des règles douloureuses et abondantes à type 28/8. En février, on a déjà procédé à l'ablation d'un polype intra-utérin par voie vaginale.

Elle est traitée sans résultat depuis six mois pour ses ménorragies et continue à perdre. Le toucher vaginal montre un col irrégulier avec un cul-de-sac postérieur douloureux. On sent un utérus bosselé.

La malade est dans un tel état d'anémie (2.350.000 G. R.) qu'on lui fait deux transfusions. Son état se maintenant, on décide d'intervenir : Pfannënstiel sous rachie-anesthésie.

On trouve un peu de sang dans le ventre, des annexes saines, un utérus déformé. Lorsqu'on palpe celui-ci, on sent un noyau intracavitaire. L'hystérotomie pratiquée découvre un polype sessile du fond, du volume d'une prune dont la pointe est en voie de sphacèle ; on l'enlève. Un doigt dans la cavité utérine vérifie l'absence de tout autre noyau.

Fermeture en trois plans.

Suites normales.

B) HYSTÉROTOMIES EXPLORATRICES

Observation VI

Observation inédite due à l'obligeance du Docteur Darmaillacq.

C'est une malade de 28 ans qui vient consulter pour des crises douloureuses abdominales discontinues, durant une heure ou deux, s'arrêtant un à deux jours pour reprendre à nouveau. Cette malade est réglée depuis l'âge de 11 ans avec un type régulier 21/5. Un accouchement normal à l'âge de 18 ans. Deux fausses-couches de deux mois.

Cette femme désire d'autres enfants. Elle a toujours été disménorrhéique avec de la leucorrhée très abondante. Jamais de ménorragies.

A l'examen vaginal, on trouve un cul-de-sac latéral gauche dilaté, douloureux et l'on y sent une masse dure, avec des nodosités, de la grosseur d'une noix.

On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et l'on trouve une masse annexielle accolée à l'utérus. On libère la trompe gauche coudée sur elle-même et on la fend au bistouri électrique. Sa lumière paraît complètement obstruée.

Sur la ligne médiane de l'utérus, on pratique une hystérotomie au bistouri électrique et on fait un prélèvement de la muqueuse utérine.

Fermeture en deux plans. Drain. Sulfamides. Par la suite, on fait pendant quatre jours 200.000 unités de pénicilline.

Suites normales. La malade sort le quatorzième jour.

Observation VII

Observation inédite
due à l'obligeance des Docteurs Darmaillacq et Duvergey.

C'est une femme de 30 ans, serveuse dans un restaurant, qui avait des méno-métrorragies abondantes depuis environ un an. Ses règles duraient une dizaine de jours et revenaient tous les quinze jours.

Elle souffrait à l'occasion de ses règles.

Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Elle vient voir le Docteur Duvergey alors qu'elle était très anémiée.

A l'examen : utérus volumineux, mou. Masse annexielle gauche très douloureuse. L'examen, bien que pratiqué avec douceur, amène une syncope.

L'intervention est décidée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une hémorragie intra-péritonéale non gravidique. Gros ovaire

kystique à gauche. Pas de grossesse extra-utérine. Trompes normales.

L'utérus étant gros, on craint de laisser passer une tumeur intra-utérine ; on fait une hystérotomie qui reste négative.

Fermeture en deux plans. Drainage.

Suites simples.

Observation VIII

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

C'est une malade de 32 ans qui vient consulter pour douleur du bas-ventre, surtout à gauche, et dysménorrhée qui dure depuis ses premières règles. Bien réglée à type 28/5. Pas de leucorrhée. Ses douleurs sont surtout intenses deux ou trois jours avant les règles ; ce sont des crises violentes obligeant la malade à se courber en deux. Pas de vomissements ni de température. Ces crises durent environ une heure.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus un peu gros. A gauche, on sent un ovaire kystique.

A l'intervention, on trouve un utérus très gros, avec un petit myome lenticulaire à sa face postérieure.

A gauche : hématosalpinx du volume d'un pouce.

A droite : annexes légèrement adhérentes au paramètre.

On pratique une salpingectomie gauche et une hystérotomie qui montre une hyperplasie de la muqueuse. L'examen histologique répond : réaction déciduale.

Suites opératoires simples.

Observation IX

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 47 ans ayant des ménorragies depuis janvier 1945 qui durent quinze jours.

Utérus fibromateux. Col entr'ouvert à travers lequel on sent un petit polype. Anémie de 2.450.000.

Intervention : l'hystérotomie montre un polype muqueux du fond. Vu l'âge de la malade, on fait une hystérectomie avec conservation des annexes.

Observation X

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

C'est une femme de 44 ans envoyée pour annexite. Elle a toujours été réglée régulièrement. Puis, en novembre 1945, elle fait une première crise douloureuse du bas-ventre avec pertes blanches : cette crise se renouvelle en janvier, puis en juin 1946.

La malade n'a pas eu et n'a pas de température. Bon état général. L'intervention est pratiquée le 25 juin 1946.

Elle montre des annexes collées à la face postérieure du ligament large. Les trompes semblent perméables. On pratique une castration droite. On trouve un petit myome de la face antérieure et une adénomyomatose diffuse.

L'hystérotomie exploratrice montre un autre myome sous-muqueux. En conservant les annexes gauches, on fait alors une hystérectomie sus-isthmique haute avec conservation d'une languette utérine.

On amarre le moignon restant au ligament rond gauche.

Suites simples. Hémorragies vaginales un mois après arrêtées par tamponnement.

Observation XI

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 38 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans (type 33/5). Dysménorrhée et pertes blanches depuis la première grossesse. Deux enfants. Depuis dix semaines, souffre du bas-ventre, plutôt à droite, douleurs sourdes, non calmées par l'algocratine.

Depuis huit jours, pertes sanglantes spontanées, de l'importance des règles et persistantes. Au toucher vaginal, utérus un peu gros à mobilité réduite. A droite, annexes non douloureuses perceptibles.

L'intervention montre des lésions annexielles bilatérales sur lesquelles sont venues adhérer le dôme vésical, le sigmoïde et une partie du cæcum. Pyosalpinx à droite et à gauche.

Ablation de cinq myomes sous-péritonéaux au niveau de la face antérieure de l'utérus. Hystérotomie exploratrice négative.

Suture en deux plans. Pestalozza. Sulfamides post-opératoires.

Suites simples.

Observation XII

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 38 ans envoyée pour annexite gauche. Règles régulières mais douloureuses. A subi deux crises annexielles en juin et septembre 1946. Légère poussée de température. Pas de pertes blanches.

Le toucher vaginal montre un utérus basculant en arrière. A l'intervention pratiquée le 29 septembre 1946, on trouve des lésions annexielles bilatérales avec trompes fermées des deux côtés. Annexes adhérentes au fond du Douglas. Castration gauche. Salpingectomie droite avec évidement qui permet en agrandissant de faire une petite hystérotomie exploratrice. On ne trouve pas de myome.

Appendicectomie. Résection du nerf présacré. Pestalozza.

Suites opératoires simples.

Observation XIII

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 32 ans présentant des lésions d'ovarite bilatérales. A droite, kyste folliculaire qu'on ponctionne ; la trompe est ouverte. A gauche, la trompe est bouchée et l'ovaire est libéré avec énormément de peine de la face postérieure du ligament large à laquelle il adhère intimement.

Castration gauche avec évidement agrandi en hystérotomie qui permet de se rendre compte qu'il n'existe aucun myome intracavitaire.

Conservation des annexes droites. Résection du nerf présacré. Appendicectomie. Pestalozza.

Observation XIV

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 30 ans envoyée pour rétroversion et fausses-couches à répétition. Rien à signaler dans ses antécédents personnels. Réglée à l'âge de 13 ans. Légère dysménorrhée qui s'arrête au mariage. Son mari est prisonnier jusqu'en 1944. Une fausse-couche en décembre 1945. Une autre le 1er août 1946, de trois mois. Pas de curettage. Depuis bien réglée. Ses examens sérologiques ont été négatifs. Pas de rétroversion vérifiée au toucher.

Intervention : utérus infantile en bonne position. Annexes saines. A la palpation de l'utérus, il semble exister dans la paroi gauche et postérieure un petit myome du volume d'un pois, mais à l'hystérotomie il n'est pas retrouvé. Enfouissement et fixation utérine (utérus mobile) par un petit Pestalozza.

Suites normales.

Observation XV

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

C'est une femme de 28 ans qui est venue consulter pour métrorragies et dysménorrhée. On a pratiqué un curettage qui n'a rien donné. Les hémorragies ont réapparu amenant une anémie de 3.560.000 G.R. Pas de signes de grossesse.

A l'opération : utérus gros, non ballant. Des deux côtés, kystes folliculaires du volume d'une noix. Trompes saines. Biopsie au trocard de l'endomètre avec hystérotomie : le laboratoire répond : hyperplasie de l'endomètre et villosités placentaires.

Péritonisation des pointes de jonction avec le péritoine vésical. Pestalozza.

Observation XVI

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

C'est une femme de 37 ans chez qui des crises douloureuses du bas-ventre et des hémorragies amènent à intervenir : on trouve un utérus normal, sans myomes.

On pratique une hystérotomie qui est négative, mise à part une muqueuse un peu hyperplasique (la malade a eu ses dernières règles il y a vingt-trois jours). D'ailleurs, sur l'ovaire droit, il y a un corps jaune. Trompes saines.

Résection du nerf présacré. Appendicectomie. Fixation Doleris-Pellanda.

Observation XVII

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 31 ans envoyée dans le service du Professeur Cotte pour métrorragies. A une syphilis certaine. Assez mal réglée depuis toujours. Dysménorrhée.

Depuis quelques mois, métrorragies continues avec expulsion de caillots et quelques coliques utérines. Anémie. L'examen gynécologique est négatif. On l'opère et on trouve un utérus un peu gros, mou. L'hystérotomie ne montre aucune lésion utérine. On prélève un fragment de muqueuse pour examen histologique. Inclusion de 100 mg. de Testostérone dans la peau pour les métrorragies.

L'examen histologique répond : muqueuse hyperplasique.

Suites normales.

Observation XVIII

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Cette femme de 29 ans, réglée depuis l'âge de 15 ans très irrégulièrement, avec des retards de un à deux mois et des règles durant cinq jours, se marie à 18 ans 1/2. Elle a trois enfants. En 1945, elle fait une fausse-couche de deux mois et demi après un accident.

Elle est suivie d'une aménorrhée de cinq mois. Puis ses règles reviennent régulièrement jusqu'en septembre 1942. Elles s'arrêtent jusqu'à la Noël. A ce moment commencent des pertes rosées pâles, puis rouges avec des caillots. Ces pertes de sang continuelles amènent un état d'anémie et de grande faiblesse. Une syncope se produit le 2 janvier.

La malade vient consulter le 19 janvier. Elle a une température à 38°. Une tension artérielle de 9,5 /5,5. Une anémie de 3.600.000 G. R.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus gros, les annexes ne sont pas perçues. C'est une fausse-couche probable.

On attend jusqu'au 9 février et on pratique un curettage. Mais la malade continue à saigner. On intervient le 8 mars sous-rachie-anesthésie.

Hystérotomie exploratrice : sur la paroi antérieure utérine, on trouve des formations qui ont l'aspect placentaire.

Fermeture de l'utérus en trois plans. Péritonisation de la brèche utérine par un petit lambeau péritonéal. Fixation ligamentaire.

L'histologie répond : débris placentaires sans dégénérescence maligne.

Suites normales.

Observation XIX

Observation inédite résumée, due à l'obligeance du Professeur Cotte.

Femme de 33 ans envoyée pour douleurs abdominales et pertes sanglantes abondantes qui remontent à un mois environ. Elles ont été d'abord peu abondantes et accompagnées de pertes jaunâtres, puis elles sont devenues importantes et durent depuis vingt jours. Douleurs violentes localisées au bas-ventre et aux reins, nécessitant le lit.

Auparavant bien réglée. Cinq enfants, dont deux vivants. Le toucher vaginal montre un utérus gravide.

On pratique une laparotomie qui montre un utérus volumineux. L'hystérotomie révèle des débris placentaires. Lésions anciennes sur les annexes. D'après le Brouha, on pratique une hystérectomie fundique et une castration gauche.

TITRE IX

CONCLUSIONS

L'hystérotomie abdominale est une intervention bien réglée et que ses résultats montrent inoffensive à condition de respecter certains détails de technique.

Ses conséquences obstétricales restent inconnues, mais ne semblent pas, à priori, devoir être fâcheuses si l'incision est limitée.

L'indication majeure est l'ablation d'un polype fibreux intracavitaire ; elle est impérieuse chez une nullipare jeune.

Loin de constituer une complication opératoire de la myomectomie, elle la complète heureusement si l'on craint d'oublier un myome sous-muqueux non repéré par une hystérographie préalable.

Dans certaines circonstances cliniques, en dehors du fibrome, l'hystérotomie complète le « bilan » de la laparotomie gynécologique et constitue le moyen « suprême » d'exploration de la cavité utérine.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ.

Vu :
Le Président du Jury,
F. PAPIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 26 Janvier 1948.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

BONNEAU (R.). — *Hystérotomie pour perforation utérine* (Société des Chirurgiens de Paris, 15 avril 1932).

BOUGENAULT (J.). — *L'hystérotomie abdominale* (thèse Lyon, 1945).

CHALIER (A.). — *Extirpation par hystérotomie d'un myome intra-utérin chez une femme stérile. Grossesse consécutive* (Société de Chirurgie de Lyon, séance du 15 avril 1943 ; *in Lyon Chirurgical*, mars-avril 1944, p. 212-213).

CHALIER (A.) et CONVERT. — *Lyon Chirurgical*, sept.-oct. 1945.

COTTE (G.). — « Le radiodiagnostic en gynécologie » (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXIV, n° 3, septembre 1931).

COTTE (G.) et POLOSSON. — « L'hystérotomie abdominale » (*Revue Française de Gynécol. et Obst.*, oct. 1943, p. 275-281 ; et *Lyon Chirurgical*, n° 2, avril 1944, p. 209-212).

COTTE (G.) et BERTRAND. — *L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol.*

COULOMBEIX. — *Diagnostic et traitement des polypes intra-cavitaires de l'utérus* (thèse Paris, 1937).

COTTE (G.) et POLOSSON. — *L'hystérotomie abdominale* (Société de Chirurgie de Lyon, séance du 15 avril 1943; *in Presse Médicale*, n° 45, déc. 1943, p. 670).

DERVILLE. — « Le polype muqueux et son traitement » (*Archives médico-chirurgicales de Normandie*, mars 1927, n° 39).

DOR (J.). — « Polype intra-utérin. Radiodiagnostic lipiodol » (*Bull. Mém. Société de Chirurgie de Marseille*, avril 1933, t. VIII, n° 4).

EVERKE. — *Monatsschr. f. Geb. V. gyn.*, 1899, Bd IX, p. 39.

FILHET. — *Contribution au diagnostic entre fibrome et grossesse à la laparotomie* (thèse Bordeaux, 1938).

GAILLARD-THOMAS. — *Diseases of women*, 1872, p. 343.

HARMANT et GIRARD. — *L'hystérographie dans le diagnostic des lésions intra-utérines* (Société Française de Gyn. et Obst. ; Journées gyn. de Nancy, juin 1938).

HAULTAIN. — « Hystérotomie abdominale pour inversion chronique de l'utérus. Relation de trois cas » (*Edimbourg Med. Journal*, décembre 1908).

KELLER. — « Chirurgie conservatrice des fibromes de l'utérus » (*Revue Française de Gyn. et Obst.*, avril 1943).

LAFOND (A.) et BONAFOS. — « Examen et méthodes d'exploration en gynécologie » (*Encyclop. méd. chir.*, 2e éd., déc. 1934, chap. IV, 5972, p. 10-12).

METZGER. — *Discussion sur la perforation utérine au cours du curettage* (Société d'Obst. et Gyn. de Paris, janvier 1932).

MOCQUOT (P.). — *Traité de technique chirurgicale*, t. III.

— *Polype intra-cavitaire de l'utérus enlevé par hystérotomie abdominale* (Société d'Obst. et Gyn. de Paris, 9 nov. 1936, p. 662-666).

MOCQUOT (P.) et PALMER. — « Diagnostic et traitement des polypes intra-cavitaires de l'utérus » (*Paris-Médical*, 19 déc. 1936, p. 462).

MUSSET. — *L'hystérotomie abdominale comme méthode d'interruption de la grossesse avant la période de viabilité du fœtus* (thèse Paris 1943).

SANNUELADONOSO (H.) et PUGA-MENDUBURU (J. A.). — « Hysteretomas abdominales extra peritoneales pro artificio » (*Bol. Soc. Chilena de Obstetrica et Gyn.*, 3, 428, 437).

SARNOFF. — *Surgery Gyn. and Obst.*, 1931 july-dec., p. 539.

SAUVE (L.). — « Hystérotomie exploratrice » (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 19, 8 juin 1939, p. 746-747).

SCHMID (H.). — « Frühdiagnose des chorionen, epithelioms durch abdominale hysterotomie » (*Zentralblatt für gynäkologie*, t. LIII, n° 25, 22 juillet 1929).

SOLAL (René). — « Les infections accidentelles au cours de l'hystérographie » (*Revue Française de Gyn. et Obst.*, t. XXXI, 1935, p. 852).

TOURNEUX. — « Polypes muqueux de l'utérus » (*Concours Médical*, 26 décembre 1920).

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. SAMIE
21-23, rue Teulère
—
1948

Dépôt légal N° 15.180 — 1er Trimestre 1948